UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1897-98 N° 275

Contribution à l'Etude

DE L'ENTROPION

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le juillet 1898

PAR

Ferdinand TAILLEFER

Noms des Examinateurs : MM. PÉNIÈRES, *Président*.
VIEUSSE, ✻.
BÉZY, ✿ A.
RISPAL.
} *Assesseurs*.

TOULOUSE

IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie, BOULEVARD DE STRASBOURG, 22

—

1898

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LABÉDA, I.
Assesseur	DUPUY, I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY, I.
Histologie normale	TOURNEUX, A.
Physiologie	ABELOUS, A.
Anatomie pathologique	TAPIE, A.
Pathologie et thérapeutique générales	HERRMANN, I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✱, A.
Pathologie externe	PÉNIÈRES.
Médecine opératoire	LABÉDA, I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, A
Clinique médicale	CAUBET, ✱, I. MOSSÉ, ✱, A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, I. CHALOT, A.
Clinique obstétricale	CROUZAT, A.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND.
Pharmacie	DUPUY, I.
Chimie et Toxicologie	FRÉBAULT, A.
Matière médicale	BRÆMER, A.

CHARGÉS DE COURS

Physique	MM. MARIE.
Chimie	BIARNÈS
Histoire naturelle	LAMIC, A. SUIS.
Hygiène	GUIRAUD, A.
Médecine légale	GUILHEM
Bactériologie	MOREL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY.
Clinique médicale des enfants	BÉZY, A.
Clinique ophthalmologique	VIEUSSE ✱.
Hydrologie	GARRIGOU, A.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL. RISPAL. MAUREL, ✱, A. N...
Chirurgie	SECHEYRON. VIEUSSE, ✱. N...
Anatomie et Histologie	SOULIÉ
Physiologie	N...
Chimie	BIARNÈS.
Pharmacie	GÉRARD.

Secrétaire de la Faculté	M. CHAUDRON, I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 mai 1891)

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. PÉNIÈRES

Professeur de Pathologie externe

A M. le Docteur DUMONT

Chef de Clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu de Toulouse

AVANT-PROPOS

Connu depuis longtemps, puisque Celse propose déjà un traitement, l'entropion a été très bien décrit par un grand nombre d'auteurs. Demours, Weller, Nimier et Despagnet, De Græfe, Mackenzie, Bowmann, Wenzel, Williams, Fuchs, Berger, Panas, de Wecker et Landolf en parlent assez longuement dans leur *Traité de maladies des yeux*. Coursaget, Gaye, Giraud, Branchu, Issoulier, Menu, Meyer, Parant, Parasit, Couléard-Desforges en ont fait le sujet de leur thèse inaugurale. Il nous a semblé cependant que l'étude étiologique de cette affection laissait encore à désirer et que l'on s'était plutôt occupé des divers procédés opératoires, fort nombreux d'ailleurs, qui ont été préconisés pour la combattre.

Aussi, avons-nous cru qu'il ne serait pas sans intérêt de rechercher les diverses causes qui peuvent produire l'entropion et d'essayer d'en dégager quel-

ques considérations générales pour le traitement qui nous paraît le plus rationnel pour arrêter la marche de l'affection et éviter souvent des opérations qui, malheureusement et malgré leur grand nombre, ne mettent pas toujours à l'abri des récidives.

Nous nous occuperons surtout de l'entropion inflammatoire, qui est le plus souvent le résultat d'une inflammation des paupières, laissant de côté l'entropion qui reconnaît pour cause une lésion organique contre laquelle une opération seule peut donner quelques bons résultats.

Nous commencerons notre travail par une étude succincte de l'anatomie des paupières, en insistant de préférence sur les points qui nous paraîtront le plus intéressants et qui pourront nous donner quelques explications sur les phénomènes de l'affection qui nous occupe, surtout au point de vue de ses causes et de la façon dont elle se produit.

Dans un second chapitre, nous étudierons les symptômes, le mécanisme et la marche de cette affection.

Dans le troisième, nous passerons en revue les diverses causes qui peuvent produire l'entropion.

Enfin, dans un quatrième chapitre, nous parlerons du traitement basé sur l'étiologie et nous essaierons d'en dégager quelques considérations pratiques.

Nous terminerons par les observations et les conclusions.

Qu'il nous soit permis, avant d'aborder l'étude du sujet de notre travail, d'adresser nos meilleurs remerciements à M. le professeur Pénières, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous n'aurions garde de passer l'occasion de montrer toute la sympathie que nous avons pour M. le Professeur Bézy. Ses leçons pleines d'esprit et de bon sens resteront continuellement gravées dans notre mémoire. C'est à lui que nous devons d'avoir appris à débrouiller les cas si difficiles de la clinique infantile.

MM. les professeurs Vieusse et Rispal ont bien voulu accepter d'être membres du jury. Nous sommes heureux de saisir cette occasion pour les remercier de leur bienveillance en même temps que des bons conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer dans le courant de nos études médicales.

M. le docteur Dumont, chef de clinique ophthalmologique à l'Hôtel-Dieu, nous a inspiré le sujet de notre thèse. Nous le prions d'accepter toutes nos marques de gratitude.

Enfin, que tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux reçoivent les marques de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE I

Anatomie des paupières

Toutes les portions essentielles qui constituent les paupières pouvant être lésées à la suite d'entropion et en déterminer les variétés, nous avons cru bon de donner un petit aperçu sur l'anatomie de cette région.

Les paupières sont composées, en allant de dehors en dedans : de la peau, d'une couche de tissu cellulaire, d'une portion musculaire ; muscle orbiculaire des paupières, d'une autre couche de tissu cellulaire la séparant du fibro-cartilage ou cartilage tarse et de la conjonctive.

La peau des paupières est d'une finesse et d'une diaphanéité telle qu'on aperçoit fort bien ses vaisseaux par transparence (1). Le derme est peu épais et constitué par des faisceaux ondulés et extensibles de tissu conjonctif. L'épiderme est très mince, surtout à la région dorsale ; on y trouve néanmoins les trois

(1) De Wecker et Landolt. *Traité des maladies des yeux*. t. I, 1880.

couches normales : la couche cornée, la couche moyenne à cellules dentelées et la plus profonde à cellules cylindriques. Avec cette délicatesse de structure, les paupières peuvent facilement se relâcher et se laisser infiltrer : de sorte que, par l'action seule de la pesanteur, surtout à la paupière supérieure, il peut se former un bourrelet qui poussera le bord libre de la paupière en dedans (entropion). Le tissu cellulaire sous-cutané est formé par des tractus de tissu conjonctif lâche et peut devenir facilement le siège d'œdèmes et d'infiltrations.

Couche musculaire. — Cette couche est représentée par le muscle orbiculaire des paupières qui, vu sa disposition, peut être considéré comme un véritable sphincter (1). Le docteur Couléard-Desforges, dans sa thèse inaugurale, divise l'orbiculaire en trois portions : périorbitaire, palpébrale et ciliaire. Nous suivrons cette division et nous dirons un mot sur chacune de ces parties.

Les fibres du muscle orbiculaire sont dirigées selon des arcs de cercle dont les extrémités se coupent à angles plus ou moins aigus près de la commissure externe. Il semble que celles qui appartiennent à la paupière supérieure se continuent sans interruption avec celles de la paupière inférieure.

Les fibres de la portion palpébrale de l'orbiculaire

(1) Couléard. Thèse de Paris, 1878.

suivent deux directions différentes (1). Elles décrivent une première courbe en circonscrivant la fente palpébrale. Il s'ensuit que la concavité de ces arcs est tournée vers cette fente, regarde en bas pour la paupière supérieure et en haut pour l'inférieure.

La seconde courbe est formée par les fibres musculaires qui s'appliquent avec les paupières exactement sur le globe de l'œil. Dans leur contraction, les arcs tendent à la ligne droite ou plutôt à la corde de ces arcs. Tant que les paupières sont uniformément appliquées sur l'œil dans toute leur hauteur, il ne se produit rien d'anormal; mais que, par un mécanisme quelconque (laxité des paupières, enfoncement du bulbe), cette harmonie soit troublée, les paupières agissant sur une portion plus que sur l'autre, il s'ensuit une déviation des paupières: soit en dedans, soit en dehors, suivant que le bord palpébral l'emporte sur la portion périphérique ou réciproquement.

Les faisceaux de la portion palpébrale s'insèrent sur une aponévrose désignée sous le nom de tendon direct de l'orbiculaire, par opposition à un second tendon, appelé tendon réfléchi, placé en arrière du sac lacrymal. Le tendon direct est situé plus en avant et il suffit d'exercer une traction sur la commissure externe pour en rendre la saillie appréciable sous la peau. Il est simple en dedans et s'insère sur la branche montante du maxillaire supérieur. En dehors, il se bifur-

(1) Fuchs. *Manuel d'ophthalmologie*, 1897.

que pour se porter aux extrémités externes des deux cartilages. Ce muscle est sous l'action de la branche supérieure de la septième paire ou facial supérieur. Sous l'influence d'une action réflexe, il peut se produire du blépharospasme amenant de l'entropion.

La portion périorbitaire prend naissance au-dessus du ligament palpébral interne, du rebord de l'orbite et des surfaces osseuses voisines. Il se replie circulairement et se réfléchit vers la partie inférieure de l'angle interne de l'œil (1).

Cartilage tarse. — Le cartilage tarse fait suite à une cloison fibreuse ou ligament suspenseur qui part du pourtour de l'orbite pour aller se confondre avec le bord adhérent du tarse. Le tarse est formé par une lame élastique, myrtiforme et de consistance cartilagineuse quoique aucun des éléments caractéristiques du cartilage ne rentre dans sa composition (2). Le bord adhérent se continue avec le ligament suspenseur, le bord libre correspond à la fente palpébrale où il s'identifie avec le derme. Les deux extrémités se terminent en pointe et se continuent avec les ligaments commissuraux interne et externe. Ces ligaments sont fournis par deux bandes transversales servant, pour ainsi dire, de complément au ligament suspenseur.

Le bord adhérent à une courbure convexe, le bord libre est à peu près rectiligne à la paupière inférieure

(1) Giraud. Thèse de Paris, 1883-84.
(2) Coursaget. Thèse de Paris, 1867.

et tend à présenter une légère concavité en haut. Le bord de la paupière supérieure est légèrement convexe en bas. « Quand les paupières se ferment, on peut représenter les deux tarses par deux cartes superposées dans un plan vertical de façon que le bord inférieur de l'un repose sur le bord supérieur de l'autre et que ces bords s'appuient l'un sur l'autre » (1).

Le cartilage tarse comprend dans son intérieur de nombreuses glandes de Meibonius, rangées les unes contre les autres et occupant toute la hauteur du tarse (2). Ces glandes contiennent une graisse finement granulée, appelée sebum palpébral, destinée à lubréfier le rebord de la paupière. Ces glandes peuvent s'enflammer et provoquer des lésions capables de déformer le cartilage et de le détruire complètement.

Par sa consistance, le cartilage tarse constitue le squelette des paupières et assure la régularité de leur forme ; mais si, à la suite d'une cause quelconque, le tarse vient à être lésé dans sa constitution, les paupières, n'ayant plus de soutien, seront soumises à toutes sortes de déviations (3).

Outre les orifices glandulaires, le bord palpébral du tarse est garni de poils rigides : les cils, qui ont pour but de préserver le globe oculaire contre toutes les poussières et autres substances qui pourraient l'irriter.

(1) Panas. *Traité des maladies des yeux*, 1894.
(2) Couléard-Desforges. Thèse de Paris, 1878.
(3) Sappey. *Traité d'anatomie*.

Ils sont disposés sur une triple rangée et leur courbure est telle qu'ils sont dirigés l'un sur l'autre. Leur mauvaise implantation ou une direction vicieuse donne assez fréquemment du trichiasis et plus tard de l'entropion.

Quant à la membrane fibreuse, elle forme, comme l'a si bien dit Richet, « une barrière entre les couches superficielles et les profondes. » C'est ce qui explique pourquoi les épanchements consécutifs à la fracture de la base du crâne, par exemple, ne se propagent pas à la couche du tissu cellulaire sous-cutané.

La conjonctive tarsale est solidement fixée aux tarses; elle se trouve constituée par l'épithélium, la tunique propre et le tissu conjonctif sous-muqueux. Elle a l'aspect velouté et se trouve recouverte par des proéminences velvétiques que séparent des sillons (1).

(1) Panas. *Traité des maladies des yeux*, 1894.

CHAPITRE II

Symptômes -- Variétés.

L'entropion est constitué par le renversement du bord palpébral vers le globe de l'œil. Il diffère du trichiasis en ce que, dans cette dernière affection, le bord palpébral, considéré dans sa totalité, a conservé sa direction normale. Le tarse ne subit aucune modification. Quand on renverse la paupière, on trouve parallèlement aux cils et à la distance normale la ligne formée par les orifices des glandes de Meibonius : seulement l'angle palpébral postérieur s'est arrondi et les cils sont dirigés en arrière (1).

Dans l'entropion, au contraire, tout le bord palpébral est incurvé en arrière de sorte qu'on ne le voit même pas quand on regarde de face l'œil ouvert. Pour le voir, il faut tâcher de dérouler la paupière en la tirant vers le rebord orbitaire.

L'entropion peut être total ou partiel, c'est-à-dire occuper tout ou partie de la paupière. Dans ce dernier

(1) Nicati. Société de chirurgie, 1884.

cas, la partie externe est le plus souvent atteinte. Il peut intéresser les deux paupières du même œil, une paupière de chaque œil ou une seule paupière. Dans ce dernier cas, la paupière inférieure est le plus souvent envahie. Il arrive fréquemment que l'entropion siège aux deux yeux à des degrés différents ou avec la même intensité.

Quel est le mécanisme de l'entropion ?

Au début, l'entropion comme le trichiasis reconnaît pour origine l'inflammation aiguë avec œdème ou infiltration sanguine des paupières. Le liquide épanché dans le tissu cellulaire lâche, placé sous l'orbiculaire, refoule la peau en avant et fait basculer le tarse et la conjonctive en arrière, d'autant plus facilement que la peau offre moins de résistance, comme chez les vieillards, par exemple.

En second lieu, on peut admettre un autre mode de formation d'entropion. A la suite d'un gonflement rapide et considérable des paupières, les fibres de l'orbiculaire comprises dans la portion orbitaire ou périphérique sont distendues par le gonflement, perdent une partie de leur force et sont incapables de contrebalancer l'action des fibres palpébrales qui entraînent le bord en dedans.

L'entropion peut se produire par un troisième mécanisme (1). Au chapitre de l'anatomie, nous avons déjà dit que les faisceaux de l'orbiculaire

(1) Fuchs. *Manuel d'ophthalmologie*, 1897.

décrivaient deux courbes : l'une tendant au rétrécissement de la fente palpébrale, l'autre à l'application intime des paupières sur le globe de l'œil. Si nous reprenons la comparaison des cartes, nous voyons que lorsque l'on exerce une pression au point de contact, celles-ci s'inclinent d'un côté ou de l'autre suivant le sens de la pression. Il en est de même pour les phénomènes qui se produisent dans l'entropion. Les tarses, appliqués l'un contre l'autre, s'inclinent en avant si les parties sous-jacentes les poussent en ce sens ou en arrière s'il leur manque de ce côté un appui solide.

Bien plus importante est la seconde courbe des fibres orbiculaires au point de vue de l'origine des déplacements des paupières. Si le globe de l'œil qui leur sert de point d'appui régulier ne soutient plus suffisamment par derrière le bord adhérent du tarse, celui-ci fait une rotation dans le sens de l'entropion ou de l'ectropion.

Plus tard, dès que les premiers cils viennent toucher le globe de l'œil, il vient s'ajouter un autre facteur. L'irritation détermine le spasme de l'orbiculaire dans sa portion tarsale et les contractions de ce muscle contribuent puissamment à l'enroulement de la paupière.

On admet généralement trois degrés dans l'entropion (1).

(1) Coursaget. Thèse de Paris, 1867.

1er Degré.— Le cartilage tarse, à demi-basculé, est appuyé par son bord libre sur le globe de l'œil, et sa face externe regarde en bas pour la paupière supérieure et en haut pour la paupière inférieure, de sorte que les cils sont en contact avec la conjonctive bulbaire et la cornée dans une grande partie de leur longueur.

2e Degré. — Le cartilage est complètement renversé et la peau de la paupière qui le recouvre n'est séparée du globe que par les cils.

3e Degré. — Plus tard, une irritation constante peut causer un spasme de l'orbiculaire si violent que le cartilage s'enroule dans la paupière de façon que les cils ne sont plus en contact avec l'œil. Ils sont cachés dans le cul-de-sac. Le cartilage a repris sa position normale mais se trouve complètement enveloppé par la paupière : les cils sont en contact : en dedans, avec la peau de la paupière qui recouvre le cartilage; en dehors, avec la muqueuse palpébrale.

L'entropion peut être aigu ou chronique suivant que la cause qui le produit est passagère ou permanente. Cette seconde division a plus d'importance au point de vue du pronostic : l'entropion aigu n'étant lié à aucune altération de structure de la paupière et consistant simplement dans une action réflexe, guérit facilement sous l'influence du traitement qui s'adresse à la cause. L'entropion chronique, au contraire, est toujours produit à la suite d'altérations des tissus constituant la paupière et nécessite une opération qui malheureuse-

ment ne met pas, dans bien des cas, à l'abri des récidives.

Fuchs divise l'entropion en spasmodique et en cicatriciel. Cette division, basée sur l'étiologie, nous paraît la plus rationnelle, nous aurons l'occasion d'en parler plus longuement au chapitre suivant. Dans tous les cas, que l'entropion soit partiel ou total, spasmodique ou cicatriciel, les symptômes de l'affection sont toujours à peu près les mêmes.

Les caractères les plus apparents sont une photophobie intense et un larmoiement exagéré. Dès que les cils arrivent à frotter le globe oculaire, l'affection devient pour le porteur une source de tourments interminables. Le malade se frotte continuellement les yeux comme s'il voulait en extraire un corps étranger. Il a la sensation de gravier introduit dans l'œil. Il a toujours les mains devant les yeux et la photophobie devient tellement intense qu'il est souvent obligé de mettre un bandeau devant l'œil malade.

Plus tard, l'œil finit par s'habituer au contact des cils, la sensibilité s'émousse et l'organe semble retrouver un repos que l'inflammation de la cornée vient troubler de temps en temps.

Dans certains cas d'entropion spasmodique, ces caractères peuvent faire défaut. Il y a des malades qui ne s'aperçoivent pas de leur affection. La paupière est tellement enroulée sur elle-même que les cils ne touchent pas la muqueuse bulbaire, ni la cornée et ne déterminent aucune irritation du globe. Toutefois, ils

ont une certaine gêne pour regarder les objets situés en bas ou en haut suivant que l'entropion est supérieur ou inférieur. On peut attribuer ce fait à ce que le globe exerce un tiraillement assez grand sur la muqueuse en se tournant dans ces directions et déroule la paupière dont quelques cils viennent frotter l'œil.

L'inflammation qui, dans la plupart des cas, précède l'entropion, se trouve considérablement augmentée dès que les cils arrivent en contact du globe oculaire. La conjonctive palpébrale et bulbaire est injectée. La palpébrale surtout est boursoufflée, augmentée de volume et constitue, dans certains cas, un bourrelet qui se traduit extérieurement et de préférence à la paupière inférieure par un œdème assez considérable.

La cornée, en raison de l'extrême sensibilité de son épithélium, est le siège de désordres qui peuvent devenir très graves. On remarque à la surface de cette membrane des opacités superficielles qui sont dues à l'irritation constante dont elle est le siège. L'épithélium devient épais et calleux et préserve en même temps la cornée contre toutes les influences extérieures qui pourraient lui être nuisibles.

Dans d'autres cas, il se produit sur cette membrane des dépôts panniformes ou des ulcères qui incommodent le porteur au plus haut degré. Les récidives sont fréquentes et si l'affection n'est pas convenablement traitée, on voit survenir une violente panophthalmie qui peut compromettre l'organe tout entier et causer la fonte de l'œil.

A mesure que l'affection progresse, le processus morbide s'étend au cartilage qui s'incurve, s'atrophie, subit la dégénérescence graisseuse et disparaît quelquefois complètement. L'aspect de la paupière à cette période est caractéristique et fait deviner l'entropion à première vue.

Tous ces caractères rendent le diagnostic de l'entropion des plus faciles et permettent de ne le confondre avec aucune autre affection de la paupière.

CHAPITRE III

Etiologie

L'entropion est une affection de tous les âges : on le rencontre chez l'enfant comme chez le vieillard. La peau qui recouvre la paupière de ce dernier se relâche très facilement et favorise les infiltrations du tissu cellulaire sous-cutané. L'exsudat agit mécaniquement sur le cartilage tarse. D'un autre côté, il arrive fréquemment chez les personnes âgées que l'œil s'enfonce par suite de la disparition de la graisse qui tapisse le fond de l'orbite. Il en résulte l'entropion.

L'enfant, par ses prédispositions aux diverses affections des paupières : blépharite, conjonctivite, surtout la conjonctivite phlycténulaire, se trouve aussi très exposé à cette affection. Le mécanisme n'est pas le même que chez le vieillard. Atteint d'une affection qui provoque de la photophobie, l'enfant, pour mettre son œil à l'abri de la lumière, contracte incessamment ses paupières. Ce mouvement, continuellement répété, finit par produire un spasme de l'orbiculaire qui con-

tribue pour une large part à déterminer le renversement de la paupière en dedans.

Les classes pauvres sont plus fréquemment atteintes que les classes riches et aisées. La misère, une mauvaise alimentation, l'ignorance des premières règles de l'hygiène ou plutôt la négligence de les mettre en pratique, sont les principales causes de cette différence. Les enfants lymphatiques et débilités, qu'on appelait autrefois scrofuleux, sont très souvent atteints de conjonctivite phlycténulaire et grossissent le nombre des entropions. Il en est de même pour les individus atteints de granulations qui ne subissent pas dès le début de l'affection un traitement énergique bien dirigé et laissent arriver la phase de cicatrisation qui conduit irrévocablement à l'entropion.

Avant d'étudier une à une les diverses causes qui peuvent produire l'entropion, il nous paraît intéressant d'en établir une classification nette et de les ranger en quelques groupes distincts : ces causes sont, en effet, de nature bien différente. Les unes sont dues à un spasme de l'orbiculaire. Les autres à un vice de conformation des paupières congénital ou acquis ; la plupart nous semblent pouvoir être attribuées à un état inflammatoire. Ces origines si différentes entraînent des conséquences importantes au point de vue du traitement. S'il nous est impossible de ramener, autrement que par une opération, une paupière déviée à sa position normale, nous pouvons du moins par un traitement anti-phlogistique

et antiseptique empêcher cette déviation et éviter souvent une opération devant laquelle les malades reculent trop souvent jusqu'au moment où des désordres graves ont compromis la vision d'une façon irrémédiable.

Fuchs (1), dans son traité d'ophthalmologie, divise l'entropion en spasmodique et en cicatriciel. Il range dans le premier groupe tous les cas qui reconnaissent pour cause un spasme de l'orbiculaire soit primitif, soit consécutif à une affection chronique des paupières. Dans le second groupe, il fait entrer tous les cas dans lesquels il existe un processus rétractile qui, d'après lui, détermine à lui seul le renversement de la paupière et l'incurvation du tarse. C'est ainsi qu'il classe dans le dernier groupe la conjonctivite granuleuse et les diverses conjonctivites produites par un agent chimique. Cette classification fort simple ne nous semble pas établir assez clairement les causes de l'affection au point de vue où nous nous plaçons. La conjonctivite granuleuse par exemple ne nous paraît pas être classée dans la variété des entropions cicatriciels : ou du moins il faudrait distinguer l'entropion au début de celui qui survient à la phase terminale des granulations. Celles-ci produisent bien un tissu de cicatrisation capable assurément d'agir sur la paupière et de déterminer sa déformation, mais ce tissu rétractile n'arrive pas au début de l'affection.

(1) Fuchs. *Manuel d'ophthalmologie*, 1897.

Il succède à l'inflammation de la conjonctive qui soit par le spasme qu'elle détermine. soit par l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané est le premier agent du renversement de la paupière. La plupart des granuleux sont en effet atteints d'entropion avant que leur muqueuse ne soit transformée en tissu rétractile.

Desmarres (1) divise les causes de l'entropion en six groupes d'après la partie de la paupière qui est intéressée.

1er groupe. — Dispositions vicieuses de la peau. — Le relâchement sénile de la peau, surtout à la paupière supérieure, forme un bourrelet qui pèse sur le bord libre de celle-ci et finit par la renverser en dedans. L'hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané et les blépharites glandulaires avec épaississement du bord palpébral produisent l'entropion par le même mécanisme. (Blessures avec perte de tissu. cicatrisations vicieuses.)

2e groupe. — Raccourcissement de la muqueuse. — La conjonctivite granuleuse arrivée à la phase de cicatrisation, donne des brides de tissu inodulaire qui raccornit la muqueuse et la rétrécit. Il en résulte que le bord de la paupière est attiré en dedans. On peut ranger dans ce groupe les lésions traumatiques de tout genre, blessures, désorganisations chimiques, cautérisations mal faites.

(1) Desmarres. *Traité des maladies des yeux.*

3e groupe. — Altérations et dispositions vicieuses du tarse. — Les ulcérations syphilitiques ou scrofuleuses du bord libre des paupières et les échancrures du tarse qui résultent de ces maladies, le chalazion, les tumeurs siégeant à la peau et attaquant le tarse produisent également l'entropion. Le cartilage tarse peut être incurvé à la suite d'un spasme prolongé de l'orbiculaire. Il s'altère aussi et peut même être complètement détruit dans le cours d'une conjonctivite granuleuse (1).

4e groupe. — Disposition vicieuse de l'orbiculaire. — L'entropion reconnaît pour cause le spasme de l'orbiculaire. qu'il soit primitif ou déterminé par une affection chronique.

Desmarres admet qu'un clignotement continuel et excessif peut arriver à déplacer quelques faisceaux de la portion périphérique vers le bord palpébral et renforcer l'effet de cette dernière portion. Il a été cité des cas où. par suite d'une disposition congénitale, la portion orbitaire était complètement dépourvue d'orbiculaire.

5e groupe. — L'enfoncement congénital ou acquis du globe de l'œil dans l'orbite par suite d'atrophie graisseuse, l'énucléation sont des facteurs puissants de l'entropion.

6e groupe. — En dernier lieu, Desmarres fait mention des tumeurs placées au voisinage de la paupière ou sur cet organe lui-même.

(1) Rosat. *Traité des maladies des yeux*, tome II.

Coursaget (1) a également traité l'étiologie de l'entropion dans sa thèse inaugurale. Après avoir divisé les causes en prédisposantes et efficientes et subdivisé ces dernières en traumatiques, inflammatoires et spasmodiques, il entreprend une autre division basée sur les altérations des diverses parties de la paupière et conserve ce plan pour étudier assez longuement les différentes causes. Nous nous contenterons d'avoir mentionné cet auteur. Sauf quelques détails, c'est la même division que celle de Desmarres. Ces deux classifications très complètes et dans lesquelles sont énumérées la plupart des causes nous paraissent un peu complexes.

Il semble qu'au point de vue où nous nous plaçons, il serait préférable de diviser les diverses variétés d'entropion en trois grands groupes : spasmodique, inflammatoire et organique. Cette classification est simple et nous permet de ranger distinctement dans ces trois catégories tous les faits qui peuvent produire l'affection.

1° L'entropion spasmodique est dû au spasme seul de l'orbiculaire. Ce spasme peut être spontané ou secondaire. Cette théorie a été un sujet de discussion entre Velpeau et Chélius. Le premier nie que le spasme de l'orbiculaire soit aussi commun qu'on veut bien le dire tandis que Chélius pense qu'il est aussi fréquent que digne d'attention. Les deux variétés

(1) Coursaget, thèse de Paris, 1867.

existent mais il est fort probable que l'entropion dû au spasme seul de l'orbiculaire est beaucoup plus rare que ne le croit Chélius. On en trouve peu de cas. Desmarres (1) en a publié un chez un rédacteur en chef du *Journal de Seine-et-Oise*.

Cette personne fut tout à coup atteinte, sans cause connue, d'un entropion de la paupière inférieure: le spasme de l'orbiculaire était tellement énergique que la paupière, enroulée sur elle-même en dedans, renfermait complètement les cils qui ne pouvaient toucher au globe. L'acide sulfurique promené une fois sur la peau, dans une large étendue, guérit complètement ce malade.

Le spasme de l'orbiculaire nous paraît le plus souvent occasionné par les diverses affections des paupières : soit de la muqueuse, soit du bord libre. Il sera donc plus rationnel d'aborder tout de suite l'étude du groupe inflammatoire.

2° Cette variété d'entropion est la plus fréquente. L'affection qui la produit le plus grand nombre de fois est assurément la conjonctivite granuleuse. « L'inflammation se localise dans les papilles de la conjonctive sous-tarsienne et donne à cette membrane un aspect chagriné dû aux petites granulations qui s'y développent. A la suite de quelques recrudescences de l'état aigu, la muqueuse acquiert une épaisseur considérable, les produits plastiques se sont organisés.

(1) Desmarres. *Traité d'ophthalmologie.*

La conjonctive est transformée en tissu inodulaire, raccorni, résistant qui a raccourci la conjonctive » (1).

Le processus peut s'étendre jusqu'au cartilage tarse. Les glandes de Meibonius participent à l'inflammation, perdent leur revêtement épithélial, entrent en suppuration et disparaissent. La face interne du cartilage diminue d'étendue, le tarse s'incurve et augmente de sphéricité proportionnellement à la rétraction de la face profonde. On le voit s'atrophier, se ratatiner et se réduire à une simple bande qui se confond souvent avec le tissu cicatriciel (2).

A côté de la conjonctivite granuleuse nous devons placer la conjonctivite ou kérato-conjonctivite phlycténulaire que l'on rencontre si souvent et qui nous paraît une cause plus fréquente d'entropion qu'on n'a l'air de le croire en général. Cette affection est toujours accompagnée d'une photophobie intense et prédispose par conséquent aux contractions répétées de l'orbiculaire qui finissent par déterminer un spasme définitif (3).

Nous rangerons dans cette même catégorie la conjonctivite purulente et les diverses conjonctivites aiguës ou chroniques. Les blépharites ciliaires et surtout les blépharites glandulo-ciliaires que Desmarres appelle « œdémateuses » à cause du gonflement considérable du bord libre des paupières, pour être des causes

(1) Parant. Thèse de Lyon, 1883.

(2) Fuchs. *Traité des maladies des yeux*, 1897.

(3) Desmarre *Traité des maladies des yeux*.

moins fréquentes, n'en constituent pas moins un facteur important. Gayet rapporte dans une clinique recueillie par le docteur Meureur quelles sont les conditions qui déterminent l'entropion dans la blépharite glandulo-ciliaire. « Les affections tarsiennes internes du bord palpébral agiront plus spécialement sur les fibres orbitaires, et les fibres musculaires périphériques, appliquant avec vigueur le tarse contre le globe oculaire, faciliteront le retournement en dedans ou entropion » (1).

3° Nous rangeons dans cette catégorie toutes les causes, soit congénitales, soit acquises qui entraînent une déformation des diverses parties constituantes des paupières et du globe oculaire.

On trouve des cas assez rares, il est vrai, où le muscle orbiculaire, au lieu de se distribuer à toute la paupière, est condensé sur le bord libre. Cette disposition vicieuse peut être congénitale ou acquise. Nous avons déjà parlé du blépharospasme pouvant provoquer ce déplacement.

Le tarse présente des malformations non moins importantes, il peut même quelquefois ne pas exister.

L'enfoncement du globe oculaire consécutif à la résorption du tissu graisseux qui tapisse le fond de l'orbite se rencontre journellement chez les vieillards. La laxité des paupières peut reconnaître la même cause que l'enfoncement du globe oculaire ou survenir

(1) Gayet. Clinique recueillie par le docteur Meureur.

à la suite d'un gonflement considérable des paupières. Dans ces deux cas, il se produit un entropion par défaut d'accommodation des voiles palpébraux avec le globe oculaire.

La diminution de volume de l'œil soit à la suite de lésions phtisiques ou de violences extérieures sont souvent suivies de l'affection qui fait l'objet de notre étude.

Dans le blépharophimosis, le repli vertical cutané qui se trouve à l'angle externe de l'œil attire en haut la paupière inférieure et l'empêche de se renverser en dehors. (Tumeurs.)

Ajoutons, pour être complets, que toutes les causes inflammatoires, si elles ne sont pas traitées dès le début, finissent par transformer en organique un entropion qui n'était au début que le produit d'un spasme inflammatoire. (Conjonctivite purulente, blépharites.)

Nous mentionnerons, en terminant, certaines causes qui sont prédisposantes à un degré beaucoup moindre que beaucoup de celles que nous avons énumérées, telles que le port d'un bandeau trop serré, un travail minutieux ou une névrose faciale.

CHAPITRE IV

Traitement

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue les diverses opérations proposées contre l'entropion et d'en examiner la valeur. Etant donné la division étiologique que nous avons adoptée, nous nous proposons d'étudier les divers traitements qui nous semblent convenir le mieux à chacune des trois variétés que nous avons établies.

1° L'entropion spasmodique ne reconnaissant pour cause que le spasme des faisceaux de l'orbiculaire, c'est à ce muscle ou à la partie du muscle qui est en cause que nous paraît devoir s'adresser le traitement.

On a eu proposé l'excision des fibres musculaires (Hartz ?). Tout en paraissant rationnel, ce traitement n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. L'entropion disparaît le plus souvent après l'opération, mais pour se reproduire peu de temps après. C'est donc un moyen infidèle que l'on doit rejeter.

L'emploi de bandelettes agglutinatives qui attirent la paupière vers le rebord orbitaire n'a donné qu'une guérison passagère. C'est plutôt un palliatif qu'un procédé sérieux. Les topiques astringents appliqués sur la peau, comme l'acide sulfurique dans le cas cité par Desmarres dans son Traité de maladies des yeux, comptent quelques succès. L'inconvénient de ce traitement, c'est que l'on pourrait dire que le remède est presque pire le mal. On n'obtient la guérison qu'au prix de cicatrices fort disgracieuses. Il faut donc s'abstenir de l'employer. Nous en dirons autant de l'emploi du thermocautère comme agent curateur. Tous ces procédés ont vécu et doivent être remplacés par des méthodes plus scientifiques et dont le résultat est plus certain.

Le meilleur traitement de l'entropion spasmodique est sans contredit la canthoplastie pratiquée largement. Cette opération est des plus simples et donne les résultats les plus favorables contre l'entropion d'origine spasmodique sans entraîner de cicatrices trop apparentes..

Il suffit pour la pratiquer de fendre l'angle externe des paupières avec une paire de ciseaux dont la branche postérieure est poussée jusqu'au rebord de l'orbite et de suturer la conjonctive à l'angle de l'incision de la peau. On peut aussi, pour plus de sûreté, réunir par un ou plusieurs points de suture, les diverses parties de la conjonctive et de la peau.

Chez le malade qui fait l'objet de notre première

observation, nous avons pu voir les suites éloignées de cette opération, qui avait été pratiquée depuis quatre ans sur l'œil droit et avait donné de bons résultats.

2° Le traitement de l'entropion inflammatoire est bien de tous le plus intéressant, car il nous paraît pouvoir guérir dans bon nombre de cas en combattant les diverses affections et cela sans avoir recours à des opérations sanglantes. Ici l'emploi des antiseptiques et des antiphlogistiques doit occuper, à notre avis, un rôle prépondérant. Ce traitement, qui s'attaque directement à la cause de l'affection, est des plus rationnels ; aussi est-on étonné de constater qu'il a été passé sous silence par bon nombre d'auteurs.

On voit cependant journellement des malades atteints de granulations, de conjonctivite phlycténulaire, présenter dans le cours de leur affection un blépharospasme intense qui disparaît par un traitement bien approprié. Nous avons observé, à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, deux malades : l'une, c'est une fillette de 7 ans atteinte de kérato-conjonctivite phlycténulaire, l'autre une femme de 45 ans ayant des granulations. Toutes les deux présentaient un blépharospasme intense et un renversement en dedans de la paupière supérieure assez accusé pour que, chez la première surtout, les cils fussent complètement cachés. Un traitement bien institué a fait disparaître en peu de jours ce début d'entropion.

On voit d'autre part que les granulations, lorsqu'elles

ne sont pas traitées dès le début, arrivent fatalement à produire un tissu de cicatrisation qui détermine l'entropion par raccourcissement de la muqueuse. Il faut remarquer que ce tissu n'arrive pas dès le début, et pourtant l'entropion est déjà constitué par l'inflammation qui détermine un œdème du tissu cellulaire sous-cutané et un spasme consécutif de l'orbiculaire.

Si tous les granuleux ne sont pas fatalement atteints d'entropion, c'est donc au traitement institué contre cette affection qu'il faut attribuer les cas de guérison.

On nous objectera peut-être que ce traitement est simplement prophylactique, qu'il s'impose dès que le diagnostic de l'affection est fait. Nous voulons bien l'admettre, mais à ce point de vue seulement ; nous croyons avoir fait œuvre utile en y insistant. On peut rendre beaucoup de services par un simple traitement préventif.

En dehors de ces cas, nous rapportons deux observations, dues à l'obligeance de M. le Dr Dumont, dans lesquelles deux entropions, datant : l'un de quatre ans, l'autre de plusieurs mois, ont été parfaitement guéris par de simples cautérisations au nitrate d'argent et des lavages antiseptiques.

La première observation surtout est des plus intéressantes. Il s'agit d'un enfant qui avait déjà subi une canthoplastie sur l'œil gauche. Ce malade présentait un entropion du troisième degré de la paupière inférieure, c'est-à-dire que la paupière était complètement enroulée sur elle-même et ne laissait apparaître aucun cil au

dehors. Il fallait même un certain effort pour arriver à la dérouler. Après trois semaines de traitement par le nitrate d'argent, l'enfant était parfaitement guéri et l'œil ainsi traité avait un bien meilleur aspect que celui qui avait été opéré.

Nous pensons donc qu'en présence de ces cas, on ne doit pas se hâter d'opérer un entropion sans avoir préalablement essayé de le combattre par des moyens moins énergiques. Il faut avant tout rechercher les causes et appliquer un traitement en conséquence.

3° *Entropion organique.* — Lorsque par l'effet d'une malformation congénitale ou d'une affection inflammatoire quelconque, la paupière présente des lésions irréparables et définitives, il faut avoir recours à une opération pour redresser le bord palpébral et empêcher les cils d'arriver au contact du globe de l'œil.

Les méthodes opératoires sont fort nombreuses. Il serait trop long de les passer toutes en revue. Cuno (1), Galezowski (2), Boucher (3), Seelingo (4) et Terrier (5) ont obtenu plusieurs succès par l'emploi du thermo-cautère. M. le professeur Vieusse (6) a aussi obtenu d'excellents résultats en substituant aux cautérisations transversales deux ou trois raies verticales. C'est là une

(1) Cuno. *France médicale*, 1878, p. 145.
(2) Galezowski. *Recueil d'ophthalmologie*, 1877, p. 296.
(3) Boucher. *Archives d'ophthalmologie*, III, p. 220.
(4) Seelingo. *Bulletin d'oculistique*, 1883.
(5) Terrier. *Archives d'ophthalmologie*, 1885, p. 9.
(6) Vieusse. Société de chirurgie, 26 novembre 1884.

méthode simple et à laquelle on peut avoir recours dans les cas où des conditions particulières d'organisation ne permettent pas d'employer d'autres procédés opératoires qui nous semblent donner de meilleurs résultats tout en ne laissant pas après eux des cicatrices apparentes et disgracieuses.

Au reste, ce procédé pas plus que l'excision d'un lambeau de peau, préconisé par Desmarres, n'est pas suffisant pour guérir un entropion organique.

La lésion principale dans cette affection est la transformation du tarse en un tissu cicatriciel. De là découle un fait capital pour le traitement, à savoir : que toute opération ne s'attaquant pas directement au tarse, devenu rectiligne, risque d'être inefficace. Un second élément, également indispensable pour le succès, consiste dans la recherche d'un point d'appui fixe pour les fils. La peau et l'orbiculaire ne sauraient convenir à cause de leur ampleur et de leur mobilité.

Anagnostakis d'Athènes avait, le premier, songé à prendre un point d'appui sur le squelette de la paupière (tarse et ligament suspenseur). Le professeur Panas, en y ajoutant la section du tarse, a comblé une lacune et créé un procédé qui nous paraît être le plus efficace et que nous allons décrire brièvement.

Le malade étant chloroformisé, on applique une plaque en écaille ou en métal dans le cul-de-sac conjonctival. On tient la paupière étalée verticalement à l'aide d'un crochet que l'on enfonce dans le bord libre.

On pratique alors, à trois ou quatre millimètres au-

dessus de la ligne des cils, une incision horizontale s'étendant de la commissure externe au point lacrymal correspondant. On dissèque ensuite les deux lambeaux : l'un jusqu'à la racine des cils, l'autre jusqu'au bord adhérent du tarse et au ligament suspenseur.

Si le tarse est peu atteint, on le respecte. Dans le cas contraire, on le fend horizontalement dans toute son épaisseur, y compris la conjonctive, et d'une extrémité à l'autre. Il ne reste plus qu'à placer les sutures. Pour cela, on commence par harponner le ligament suspenseur et le tarse et l'on fait sortir le fil immédiatement derrière la première rangée de cils. En tirant sur ce dernier, on fait basculer le cartilage; le bord ciliaire se redresse et l'on noue solidement les fils.

Ce procédé doit être légèrement modifié pour la paupière inférieure, en raison du peu de développement du tarse et de l'aponévrose. Il faut aller chercher le point d'appui dans les parties molles de la peau. A part cette modification et l'excision d'un lambeau de peau horizontal, le principe est le même.

Tel est le procédé de M. Panas. Il n'offre pas de grandes difficultés d'exécution et réussit très souvent à redresser la paupière entropionnée d'une façon durable. C'est donc celui-là que l'on devra choisir chaque fois que l'on aura à traiter un entropion organique.

Observations

OBSERVATION I

Recueillie à la Clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Début d'entropion consécutif à une conjonctivite granuleuse.

Victorine P..., 49 ans, Toulouse, originaire de Pau (B.-P.). N'ayant jamais souffert des yeux, elle fut atteinte, au mois de novembre 1897, d'une affection des paupières qu'un oculiste de la ville traita par des cautérisations au nitrate d'argent. Au bout de quelques jours, la maladie avait complètement disparu. Au mois d'avril 1898, la malade s'aperçut un jour, à son réveil, que son œil gauche était rouge, gonflé et lui occasionnait quelques douleurs. Les jours suivants, elle fut prise d'une photophobie intense avec sensation de gravier, les douleurs augmentèrent et envahirent bientôt l'œil droit.

Le même traitement par le nitrate d'argent, institué de nouveau, ne produisit aucune amélioration. C'est alors que la malade se décida à rentrer à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu où elle fut admise le 1er juillet. A l'examen, la malade présente un

blépharospasme intense. Elle contracte ses paupières avec force au point qu'il est difficile de les entr'ouvrir et que l'on est obligé d'instiller quelques gouttes de cocaïne pour l'examiner.

Du côté gauche surtout, le bord palpébral supérieur est renversé en dedans et les cils se trouvent en contact avec le globe de l'œil. En renversant les paupières supérieures, on aperçoit les culs de sac et toute la conjonctive bulbaire bourrés de granulations. Les culs de sac inférieurs ne sont pas atteints. Tout le globe oculaire, des deux côtés, est injecté ; la cornée est recouverte d'un pannus épais. La malade nous dit qu'elle voit comme à travers un voile et qu'il lui est bien difficile de se conduire seule.

En présence de ces symptômes, on se demande s'il ne serait pas utile de faire immédiatement une canthoplastie, mais on finit par décider de commencer par traiter les granulations. On en pratique l'expression au moyen de la pince à rouleaux de Knapp et de la herse et l'on termine par un brossage avec un tampon de coton imbibé de sublimé à 1 p. 1/000. Le lendemain et le surlendemain, on pratique le même brossage avec la même solution de sublimé et les dix jours suivants on fait une cautérisation au nitrate d'argent à 1/50.

Au bout de huit jours, la malade commence à dérouler les paupières. Les jours suivants, le mieux s'accentue, les paupières ont repris leur aspect lisse. Le pannus a diminué, la conjonctive bulbaire est revenue à son état normal et la malade peut regarder la lumière. Sa vision s'est considérablement améliorée et les bords des paupières sont revenus à leur première position.

Nous n'avons relaté cette observation, de même que celle qui suit, que pour montrer qu'un traitement bien conduit arrive facilement à guérir un début d'entropion qui serait devenu fatalement organique.

OBSERVATION II

Début d'entropion consécutif à une kérato-conjonctivite phlycténulaire

Marie D..., 9 ans, Isle-en-Jourdain (Gers), se présente à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu le 11 juin 1898. C'est une lymphatique à la figure bouffie, la région sous-maxillaire est bourrée de ganglions et de cicatrices, vestige de polyadénite suppurée. Toute la face, en particulier les lèvres et le pourtour du nez, sont envahis par une éruption impétigineuse intense.

Du côté des yeux, l'enfant présente une photophobie et un blépharospasme très accentué. Les paupières sont œdematiées et injectées, les deux bords libres ont complètement disparu et sont totalement entropionnés. Les paupières se laissent écarter difficilement et donnent issue à une quantité considérable d'un liquide citrin qui dénote une violente inflammation. La cornée est le siège d'opacités anciennes et d'une poussée aiguë de kératite phlycténulaire.

C'est en vain qu'on tente d'introduire entre les paupières la pommade au bioxyde jaune à 1/20, le médicament est aussitôt chassé par les larmes. On a dès lors recours aux cautérisations par le nitrate d'argent à 1/50. Après une semaine de ce traitement suivi de l'application de compresses chaudes et de fréquents lavages à l'eau boriquée, les symptômes se sont complètement amendés. Les paupières ont repris peu à peu leur aspect normal, les bords palpébraux ont retrouvé leur direction. Beaucoup moins de photophobie et de larmoiement, on peut introduire facilement entre les paupières la pommade au bioxyde qui doit activer la guérison.

OBSERVATION III

Due à l'extrême obligeance du Dr Dumont.

Entropion inflammatoire de la paupière supérieure dans un cas d'atrophie de l'œil.

Antoinette R..., 68 ans, rue Bayard, Toulouse. A perdu son œil gauche à l'âge de 20 à la suite d'un accident. Depuis cette époque, cet organe s'est atrophié, et, au moment où elle vient nous consulter (octobre 1897), elle ne possède plus qu'un moignon de petit volume perdu dans le fond de l'orbite.

La malade se plaint d'un écoulement épais qui baigne constamment ses paupières depuis plusieurs mois, lui cause des douleurs assez vives qui se répercutent sur l'œil droit au point d'en diminuer l'acuité visuelle d'une façon assez notable.

A l'examen, nous voyons la paupière inférieure complètement renversée en dehors et très augmentée de volume. La paupière supérieure, au contraire, est recroquevillée en arrière et son bord libre a totalement disparu dans la cavité orbitaire. En l'attirant avec force, on aperçoit le moignon baignant dans un liquide purulent. Après avoir soigneusement nettoyé, nous voyons que ce qui reste de la cornée est infiltré et présente un aspect blanchâtre qui tranche sur le fond rouge vif de toutes les parties avoisinantes. Etant donné le peu d'étendue de la fente palpébrale, nous proposons à la malade une canthoplastie qu'elle refuse d'accepter, de même que l'extirpation du moignon. Nous en sommes réduits à traiter les symptômes inflammatoires.

Après avoir incisé le point lacrymal inférieur, nous pratiquons des cautérisations une fois par jour avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 En même temps, nous pratiquons de temps en temps de profondes cautérisations avec le thermo-cautère pour

détruire l'ectropion de la paupière inférieure et obtenir un tissu cicatriciel qui ramène la paupière en dedans. Nous conseillons en même temps de fréquents lavages de l'orbite avec de l'eau boriquée.

Sous l'influence de ce traitement continué d'une façon assez régulière pendant un mois et demi, l'écoulement purulent à complètement disparu. L'ectropion existe à peine; mais, chose qui nous a le plus surpris, nous avons constaté la disparition complète de l'entropion de la paupière supérieure. Devant ce résultat auquel nous étions loin de nous attendre, nous avons suivi la malade avec attention et nous l'avons revue plusieurs fois depuis. La guérison s'est parfaitement maintenue.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance du docteur Dumont).

Entropion inflammatoire de la paupière inférieure consécutif à une kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Henri L..., 11 ans, rue Gambetta, Toulouse. Enfant lymphatique présentant une polyadénite sous-maxillaire des plus accentuées et de nombreuses cicatrices provenant de ganglions suppurés. Il vient nous consulter pour un entropion de la paupière inférieure de l'œil droit dont il est atteint depuis 4 ans.

En l'examinant, nous remarquons à l'angle externe de l'œil gauche une cicatrice résultant d'une canthoplastie pratiquée cinq ans auparavant pour une affection semblable à celle pour laquelle il vient nous consulter. Le résultat a été bon, l'entropion ne s'est pas reproduit mais on constate un léger rétrécissement de la fente palpébrable.

L'œil droit présente un entropion total de la paupière inférieure qui est complètement enroulée sur elle-même au point que les cils, pourtant d'une longueur démesurée, sont complètement cachés et ne sont nullement en contact avec aucune partie du globe oculaire. La paupière est œdématiée et présente en dehors un bourrelet très accusé . Les deux cornées sont troublées par des opacités cornéennes anciennes dues à une inflammation phlycténulaire antérieure. L'enfant est atteint de photophobie intense et les deux yeux sont agités d'un clignotement continuel. En déroulant avec peine la paupière, nous apercevons une muqueuse tomenteuse hérissée de papilles et nous donnons issue à une petite quantité de liquide muco-purulent assez épais.

Nous proposons une opération semblable à celle qui a été pratiquée sur l'œil gauche conseillant, auparavant, une antisepsie rigoureuse qui nous paraissait être un puissant élément pour la réussite de l'opération.

L'enfant nous revint quatre jours plus tard, après avoir été consulter divers oculistes qui tous avaient été d'avis qu'il fallait opérer le plus tôt possible.

Nous fîmes, le jour même, une première cautérisation au nitrate d'argent à 1/50 recommandant au malade des lavages fréquents et des tractions répétées sur sa paupière.

Après 21 cautérisations, l'entropion avait complètement disparu, la paupière avait repris sa position normale. Les cils étaient complètement éloignés du globe de l'œil, mais ils se trouvaient un peu inclinés du côté externe en raison, probablement, de la position vicieuse qu'ils occupaient auparavant.

La fente palpébrale était largement ouverte, l'espace compris entre l'angle interne et l'angle externe présentait une largeur de un millimètre et demi de plus que l'œil gauche qui avait été opéré.

Nous conseillâmes l'instillation, pendant quelques jours, d'un collyre au sulfate de cuivre à 1/15 pour achever la guérison.

Nous avons revu l'enfant, et l'entropion ne s'est pas reproduit.

Les observations III et IV, cette dernière surtout, nous paraissent des plus intéressantes. Elles se rapportent toutes deux à des entropions constitués datant de longtemps (quatre ans dans l'observation IV ; plusieurs mois dans l'observation III).

Elles nous prouvent qu'en présence d'un renversement en dedans de la paupière, il ne faut pas se hâter de recourir à une opération sans s'être rendu compte si l'inflammation n'est pas en cause dans l'étiologie de l'affection. On pourrait peut-être de cette façon éviter au patient une intervention quelquefois inutile en mieux établissant son diagnostic.

D'un autre côté, nous sommes amené à penser que le tarse peut ne pas être toujours atteint dans sa constitution intime dans tous les cas d'entropion, même du troisième degré.

Dans l'observation IV, nous pensons que l'inflammation avait déterminé un spasme violent de l'orbiculaire, qui avait fait simplement basculer le cartilage sans causer de déformations, ce qui explique la guérison assez prompte et complète.

CONCLUSIONS

I. — L'entropion peut être divisé au point de vue étiologique en trois groupes : l'entropion spasmodique dû au spasme seul de l'orbiculaire, l'entropion inflammatoire qui est le résultat d'une inflammation des diverses parties des paupières, inflammation déterminant un spasme consécutif de l'orbiculaire ou un œdème du tissu cellulaire sous-cilaire qui prédispose au renversement du bord palpébral ; enfin l'entropion organique dû à un vice de conformation congénital ou acquis des diverses parties qui constituent les paupières. L'entropion spasmodique est très rare.

II. — L'entropion inflammatoire nous paraît être le plus fréquent de tous, il précède souvent l'entropion organique.

III. — Tandis que l'entropion spasmodique et l'entropion organique nécessitent une opération, l'entropion inflammatoire peut guérir pris au début et même lorsqu'il est constitué définitivement.

IV. — Le traitement de l'entropion inflammatoire doit s'adresser à la cause qui l'a produit. Le nitrate d'argent et les antiseptiques doivent être le facteur le plus important de la guérison. La canthoplastie est le traitement de choix de l'entropion spasmodique.

Enfin, dans les cas d'entropion organique, le procédé de Panas réunit toutes les conditions indispensables pour assurer le succès.

Vu :

Le Président de la thèse,

Dr L. PENIÈRES.

Vu : Le Doyen.

A. LABÉDA.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 19 juillet 1898.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,

PERROUD.

Toulouse. — Imp. MARQUÉS et Cie, boulevard de Strasbourg, 22